

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19448>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Van pokken tot aids

Capaciteitsopbouw in Afrika

INAUGURALE REDE door prof. dr. Wil M.V. Dolmans



Katholieke Universiteit Nijmegen

Van pokken tot aids

Capaciteitsopbouw in Afrika

Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar aan het
UMC St Radboud van de Katholieke Universiteit Nijmegen, met als leeropdracht
Internationale Gezondheid op donderdag 27 mei 2004

door Prof. dr. Wil M.V. Dolmans

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen

Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 90-9018211-x

© Prof. dr. Wil M.V. Dolmans, Nijmegen, 2004

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden
middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op andere wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder

*Mijnheer de Rector Magnificus,
dames en heren,*

Door de eeuwen heen heeft de mensheid geleden onder vele epidemieën, zoals cholera, de pest, pokken en influenza, en deze hebben veel sterfte teweeggebracht. Na aanvankelijke successen in de strijd tegen infectieziekten, zorgde aids voor een indrukwekkende achteruitgang van de gezondheidssituatie in de wereld. In deze voordracht wil ik eerst een beeld schetsen van enkele mondiale ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en ziekte, met name in ontwikkelingslanden. Ik zal mij hierbij beperken tot de periode vanaf de jaren zestig en een accent leggen op tropisch Afrika. Daarna wil ik met u mijn ervaringen delen ten aanzien van capaciteitsopbouw in de gezondheidszorg. Hierbij zal ik het met name hebben over opbouw van personele capaciteit, dat wil zeggen ontwikkeling van eigen kader voor de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en hierbij vooral putten uit eigen ervaringen over 35 jaren in Indonesië en speciaal Tanzania.

Toen wij in 1969 voor het eerst in Tanzania aankwamen, waren daar net geen pokken meer. Maar de eerste Nijmeegse studenten die voor het co-assistentenschap ontwikkelingslanden in de Mwanza-regio werkten, maakten daar nog een epidemie mee. Sindsdien zijn door een massale vaccinatiecampagne van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de pokken uitgeroeid, zoals in 1979 officieel werd afgekondigd. Polio-eradicatie is nu binnen bereik. In 1988, toen de campagne begon om polio uit te roeien, was de ziekte endemisch in 125 landen. Eind 2002 hadden nog maar zeven landen endemische gevallen. Van deze zeven zijn er vier in Afrika: Nigeria, Niger, Egypte en Somalië; de overige zijn Afghanistan, India en Pakistan (Aylward, et al., 2003). Influenza-epidemieën komen ook nu nog voor, zij het niet op zo'n dramatische schaal als in 1918, toen er wereldwijd ruim 40 miljoen mensen aan stierven. Dat is meer dan de cumulatieve sterfte aan aids tot nu toe. In de laatste eeuw steeg de levensverwachting aanzienlijk: in de Verenigde Staten van Amerika van 50 jaar in 1950 tot 77 jaar in het jaar 2000. Over de hele wereld genomen, steeg de levensverwachting bij de geboorte van 48 tot 66 jaar in dezelfde periode. Ook in Afrika ten zuiden van de Sahara steeg de levensverwachting van 40 tot 45 jaar in het begin van de jaren veertig tot 50 tot 60 jaar in het begin van de jaren negentig. De grootste bijdrage aan deze vooruitgang kwam door verbetering in de overlevingskansen van kinderen door betere hygiëne en sanitaire voorzieningen, toepassing van orale

rehydratievloeistof (ORS) ter bestrijding van diarree en door wereldwijde toepassing van vaccinaties bij kinderen via het Extended Programme on Immunisations (EPI). Ook verbeterden de mogelijkheden om infectieziekten te behandelen. In 1930 kwamen de eerste chemotherapeutica (sulfonamiden) beschikbaar en in 1940 voor het eerst een antibioticum: penicilline. Sindsdien is het arsenaal van anti-microbiële middelen fors uitgebreid. Ook kwamen meer vaccins beschikbaar, zoals tegen bof, rode hond, hepatitis B en meer recent tegen *Haemophilus influenzae* type B (HiB). Na Taiwan wordt momenteel in Afrika op grote schaal hepatitis B-vaccinatie toegepast in The Gambia, de Republiek Zuid-Afrika en sinds kort ook in Tanzania. Er ontstond geleidelijk een optimisme dat het zou lukken infectieziekten verregaand de baas te worden.

Opkomst van nieuwe infectieziekten en weer opvlammen van oude

Het optimisme is niet gebleven. Een nieuwe ziekte aids stak de kop op vanaf 1983 in de Verenigde Staten, Haïti, Europa, Afrika, Azië en uiteindelijk in de hele wereld. In het kielzog van aids nam vanaf 1985 het aantal nieuwe gevallen van tuberculose dramatisch toe, later ook met gevallen van meervoudig geneesmiddelen resistente (MDR) tuberculose. Ook de malariaparasiet werd meer en meer resistent tegen anti-malariamiddelen, eerst in Zuid-Amerika en Azië, later ook in Afrika, waar resistentie tegen de eerstelijns middelen nu wijd verspreid is. Nieuwe recent opgekomen ziekten zijn vogelgriep en 'severe acute respiratory syndrome' (SARS).

Oude ziekten namen weer toe waar deze eerst goed onder controle waren, zoals difterie in 1990 in de voormalige Sovjet-Unie, er ontstonden cholera-epidemieën in 1991 in Centraal- en Zuid-Amerika en pest in 1994 in India. Ook zien we momenteel een enorme toename van dengue in de wereld. Dengue breidt zich uit buiten de vroegere grenzen in Azië, Centraal- en Zuid-Amerika. In Afrika, waar de verspreiding van dengue tot nu toe erg beperkt is gebleven, bestaat de mogelijkheid van epidemieën, gezien de aanwezigheid van de vector (een mug die de ziekte overbrengt) en overige voorwaarden hiervoor.

Ook werden vele nieuwe ziektekiemen als oorzaak van infectieziekten geïdentificeerd. Tussen 1973 en 2003 werden achttien nieuwe virussen, negen nieuwe bacteriën en twee nieuwe protozoa ontdekt. Voorbeelden zijn: rotavirus, ebolavirus, hantavirus, humaan immunodeficiëntie virus (hiv), de hepatitisvirussen C, D, E, F en G, humaan herpes virus 6 (HHV 6) en HHV 8. Het vogelinfluenzavirus en het coronavirus, dat SARS veroorzaakt, werden pas ontdekt in 1997, respectievelijk 2003. Nieuw geïdentificeerde

bacteriën waren onder andere: *Helicobacter pylori* (de verwekker van zweren van maag en twaalfvingerige darm, alsook op langer termijn van maagkanker), *legionella* spp, *borrelia* spp, en *Bartonella henselae*. Nieuw ontdekte protozoa als ziekteverwekkers zijn *cryptosporidium* en *cyclospora*. Het hernieuwde belang van infectieziekten werd nog eens extra onderstreept door de ontdekking dat er voor meerdere niet-infectieuze ziekten een associatie was met een micro-organisme. Voorbeelden van associaties zijn: atherosclerose en cerebro-vasculair accident met *Chlamydia pneumoniae* en mogelijk met cytomegalievirus-infectie, hepatocellulair carcinoom met infectie door hepatitis B en C virus. Cervixcarcinoom bleek geassocieerd met humaan papilloma virus en Kaposi'scarcinoom met HHV8. Kortom: infectieziekten zijn weer volledig terug op de gezondheidszorgagenda, ja zelfs ze worden weer als een bedreiging ervaren.

Doodsoorzaken in de wereld

Volgens het World Health Report 2003 veroorzaken infectieziekten (inclusief parasitaire aandoeningen) 33 procent van de sterfte in de wereld. In ontwikkelingslanden is dit 45 procent, echter in de hoog geïndustrialiseerde westerse landen slechts 1 procent. Van de niet-infectieuze ziekten komt 29 procent op rekening van hart- en vaatziekten, kanker is verantwoordelijk voor 12 procent, perinatale en neonatale oorzaken dragen 7 procent bij, ziekten van de ademhalingswegen 6 procent, moedersterfte 1 procent en diverse en onbekende oorzaken 12 procent. De voornaamste oorzaken van sterfte aan infectieziekten zijn longontsteking en andere lagere luchtweginfecties (3,7 miljoen), tuberculose (2,9 miljoen), hiv/aids (2,9 miljoen), malaria (2,7 miljoen), diarree (2,5 miljoen), mazelen (0,9 miljoen), hepatitis B (0,6 miljoen), en andere infectieziekten (0,9 miljoen). Van al deze doden valt 95 procent in ontwikkelingslanden.

Ontwikkelingslanden dragen een dubbele last: zowel die van infectieziekten als die van niet-infectieuze aandoeningen. Volgens het World Health Report 2003 waren de voornaamste 16 doodsoorzaken samen verantwoordelijk voor 41 miljoen doden. Van deze 41 miljoen werden er 28,6 miljoen veroorzaakt door niet-infectieuze aandoeningen zoals hart- en vaatziekten (10,1 miljoen), kwaadaardige gezwellen (4,4 miljoen), ongevallen (4,0 miljoen), chronische luchtwegaandoeningen (3,0 miljoen) en perinatale problemen (2,6 miljoen). In overeenstemming hiermee werd een hoge blootstelling aan houtstof gevonden bij werkers in kleinschalige industrieën in Dar es

Salaam, alsook een hoge prevalentie van respiratoire klachten in deze vervuilde stedelijke industriële omgeving (Rongo LMB, 2002). De sterfte door infectieziekten kwam hier bovenop, en wel door ziekten zoals: luchtweginfecties (3,4 miljoen), hiv/aids (2,9 miljoen), diarree (1,9 miljoen) en tuberculose (1,7 miljoen).

Sterfte van kinderen jonger dan vijf jaar

In 1990 bedroeg de sterfte onder kinderen onder de vijf jaar 180 per 1000 levend geborenen in Afrikaanse landen bezuiden de Sahara, en slechts 9 per 1000 in geïndustrialiseerde westerse landen. In het jaar 2000 waren deze getallen 175 en 6 per 1000 levend geborenen. Dus het verschil tussen ontwikkelingslanden en rijke westerse landen neemt nog verder toe.

In 2000 was de sterfte van kinderen jonger dan vijf jaar 10,8 miljoen en 90 procent hiervan trad op in maar 42 van de armste landen. Van deze doden werd 41 procent gezien in Afrika bezuiden de Sahara en 33 procent in Aziatische landen. De voornaamste doodsoorzaken waren de volgende: neonatale sterfte 33 procent, diarree 22 procent, longontsteking 21 procent, malaria 9 procent, aids 3 procent en andere oorzaken 11 procent (Black en Morris, 2003). In Afrika ten zuiden van de Sahara waren de getallen van sterfte aan dezelfde ziekten: neonatale oorzaken 25 procent, malaria 22 procent, longontsteking 21 procent, diarree 20 procent, aids 8 procent en aan andere oorzaken 4 procent. De bijdrage van aids aan deze kindersterfte was echter in een aantal landen in Afrika veel hoger: in Zuid-Afrika, Kenia, Rwanda en Burundi 33 procent, in Zimbabwe ruim 50 procent en in Botswana zelfs meer dan 60 procent (World Health Report, 2003).

‘Armoedeziekten’ – Drie prioriteiten

De nieuwe directeur-generaal van de WHO verklaarde eind 2003 dat op het gebied van infectieziektenbestrijding de hoogste prioriteit moest worden gegeven aan drie ziekten: malaria, aids en tuberculose, speciaal in ontwikkelingslanden. Hij benoemde deze als ‘poverty related diseases’ oftewel armoedeziekten (Lee JW, 2003). Wij zullen deze drie kort aan de orde stellen.

• Malaria

Malaria treft per jaar 300 tot 500 miljoen mensen. Meer dan 90 procent van de besmettingen vindt plaats in tropisch Afrika (overwegend door infectie met *P. falciparum*) en de totale sterfte in de wereld aan malaria bedraagt 1,5 tot 2,7 miljoen per jaar, waarvan 1 miljoen kinderen onder de vijf jaar. Met recht wordt dus malaria tot een van de grootste gezondheidsproblemen op aarde beschouwd. Factoren die aan het probleem bijdragen zijn de toename van meervoudig geneesmiddelen resistente (MDR) *P. falciparum* malaria en de beperkte capaciteit van de plaatselijke gezondheidssystemen in arme landen. Deel van het probleem is ook de beperkte laboratoriumcapaciteit en de beperkte toegang tot zorg van de bevolking op het platteland (Manongi R, 2004).

Maatregelen om malaria onder controle te krijgen zijn onder andere de toepassing van geïmpregneerde bednetten; ontwikkeling en toepassing van nieuwe en betaalbare geneesmiddelen tegen MDR *P. falciparum*, met name artemisinine bevattende combinatiepreparaten (Attaran, et al., 2004); verbetering van de gezondheidszorg in de eerste lijn; betere mogelijkheden voor verwijzing en ten slotte de ontwikkeling van een malariavaccin, waaraan ook in Nijmegen wordt gewerkt.

• *Hiv-infectie en aids*

Vanaf het begin van de epidemie werden tot nu toe cumulatief 70 miljoen mensen met hiv besmet, van wie er inmiddels 30 miljoen zijn overleden. Het aantal mensen op aarde dat momenteel leeft met hiv-infectie, inclusief degenen hiervan die in het aids-stadium van de ziekte zijn, wordt geschat op 40 miljoen. Van dezen bevinden zich 27 miljoen mensen in Afrika ten zuiden van de Sahara, dat is 68 procent. In Tanzania, met een bevolking van 36 miljoen, waren aan het einde van 2003 naar schatting 2,2 miljoen mensen met hiv geïnfecteerd, dat is zes procent van de bevolking. Berekend over de leeftijdsgroep van 15 - 49 jaar is dit elf procent.

• Hiv-infectie en aids

Prioriteiten in Tanzania voor de strijd tegen hiv/aids zijn de volgende. Allereerst doorzetten van de preventieve maatregelen om het oplopen van de infectie tegen te gaan. Verder is behandeling van mensen met aids van belang, waaronder valt behandeling van opportunistische infecties en ondersteunende zorg, maar ook Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART). Voorbereidingen voor deze enorme taak zijn sinds 2002 aan de gang, maar het doel om iedereen die HAART nodig heeft ook werkelijk te behandelen is nog ver weg, al zijn er belangrijke initiatieven gaande.

Preventie van transmissie van hiv van de geïnfecteerde moeder naar het kind (PMTCT) wordt op ruime schaal in Tanzania toegepast door toediening van een enkel anti-retroviraal middel kort voor de bevalling. Dit brengt een aanzienlijk risico met zich

mee voor de moeder, namelijk dat zij na de bevalling resistente hiv stammen bij zich heeft die de mogelijkheden voor een effectieve behandeling voor haarzelf later aanzienlijk beperken. Een meer verantwoorde methode van PMTCT is toepassing van HAART tijdens de zwangerschap. Deze behandeling moet vervolgens na de bevalling worden voortgezet ten behoeve van de moeder, zodat het hopelijk hiv-negatief geboren kind straks ook nog een moeder heeft die voor het kind kan zorgen. Het beste zou zijn een gezinsbenadering, waarbij vader en moeder en de kinderen die het nodig hebben met HAART worden behandeld. Een dergelijke allesomvattende benadering is wat momenteel wordt nagestreefd in de hiv/aids kliniek in het Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC).

Uitgaande van door de WHO opgestelde criteria voor het beginnen met HAART, is er over de hele wereld behoefte aan HAART voor ongeveer vijftien miljoen personen met hiv-infectie, echter feitelijk krijgt slechts vijf procent hiervan deze behandeling. In Afrika is nu HAART geïndiceerd bij ruim vier miljoen mensen, terwijl slechts ongeveer een procent hiervan de behandeling ook werkelijk krijgt (World Health Report, 2003). In Tanzania bestaat deze indicatie op dit ogenblik bij naar schatting 650.000 personen, terwijl feitelijk slechts enkele duizenden met HAART behandeld worden. Binnen de drie bovengenoemde prioriteiten van de WHO, is de doelstelling 'three by five' geformuleerd. Hiermee wordt bedoeld het streven om drie miljoen mensen in ontwikkelingslanden in het jaar 2005 op HAART te hebben staan. Of dat gehaald zal worden, staat te bezien.

De andere, wellicht meer definitieve en effectieve aanpak van het probleem hiv/aids in de wereld zou de beschikbaarheid en massale toepassing van een vaccin tegen hiv of tegen de ontwikkeling van aids zijn. De vooruitgang op dit gebied is langzaam, ook al zijn er momenteel 28 plaatsen waar vaccins worden getest. Hiervan zijn er vijf in Afrika (slechts een operationeel tot nu toe).

- *Tuberculose*

Over de hele wereld bedroeg in het jaar 2000 het aantal nieuwe gevallen van tuberculose (de incidentie) ruim acht miljoen. Wereldwijd daalt de incidentie, behalve in de voormalige Sovjet-Unie (inclusief de Baltische staten) en in Afrika ten zuiden van de Sahara (Elzinga et al., 2004). De strategieën om tuberculose onder controle te krijgen bestaan uit preventie van besmetting en behandeling van patiënten met besmettelijke tuberculose (die welke sputum met tuberkelbacillen erin ophoesten,

en daarmee de besmetting overdragen op anderen). Methoden van preventie zijn BCG-vaccinatie op jonge leeftijd, profylaxe met het tuberculosemedicijn INH (of met andere middelen) bij personen met latente tuberculose, maar ook gezondheidsopvoeding en voorlichting zoals een hand voor de mond houden bij het hoesten.

Effectieve behandeling van sputum-positieve patiënten is de belangrijkste manier om tuberculose te bestrijden, omdat de mens (bijna) de enige bron is voor besmetting (infectie door *M. bovis* levert slechts een kleine bijdrage aan het tuberculoseprobleem in de wereld). Actieve opsporing en behandeling volgens de DOTS-benadering (Directly Observed Treatment Short course) zijn zeer effectieve instrumenten om de patiënt te behandelen en daarmee ook transmissie te voorkomen.

In Afrika ten zuiden van de Sahara wordt sinds 1990 een zeer forse toename van de tuberculose-incidentie gezien. Deze is vooral toe te schrijven aan reactivering van latente tuberculose ten gevolge van aids. Omdat ongeveer een op elke drie mensen op aarde geïnfecteerd is met *M. tuberculosis* (meestal in de vorm van een latente infectie), is er een massaal potentieel voor verdere toename van actieve tuberculose, juist in gebieden waar veel aids voorkomt. Daarnaast is er een toename van verse besmettingen gezien de grotere prevalentie van mensen met actieve ziekte.

Om tuberculose beter onder controle te krijgen, is er behoefte aan betere diagnostiek en behandeling van latente tuberculose. Daarnaast zijn meer en betere middelen nodig voor de behandeling van MDR-tuberculose. Dringende behoefte bestaat ook aan een effectiever vaccin tegen tuberculose, want het huidige BCG-vaccin voorkomt alleen de ernstige maar niet besmettelijke tuberculose, zoals tuberculeuze meningitis en miliaire tuberculose bij kinderen (Frieden, et al., 2003). Bovendien levert het BCG-vaccin vrijwel geen bijdrage aan preventie van transmissie.

Een aparte uitdaging is de behandeling van tuberculosepatiënten die ook met hiv zijn geïnfecteerd (en dus aids hebben). Bij een effectieve behandeling van de hiv-infectie met HAART en daardoor herstel van de immuniteit kan de tuberculosebehandeling pas echt blijvend succes hebben. Hierbij is wel kans op interactie tussen meerdere van de momenteel beschikbare aids-medicijnen en de bestaande tuberculostatika. Deze problemen kunnen worden opgelost door ontwikkeling van nieuwe tuberculostatika en nieuwe anti-retrovirale medicijnen. Om behandeling met HAART succesvol te maken, is voor meer dan 95 procent trouwe inname (adherentie) noodzakelijk. Om dit te bereiken is een echte populatiebenadering vereist. Wellicht dat een gecombineerde HAART-DOTS strategie een te ontwikkelen optie is. Zonder een

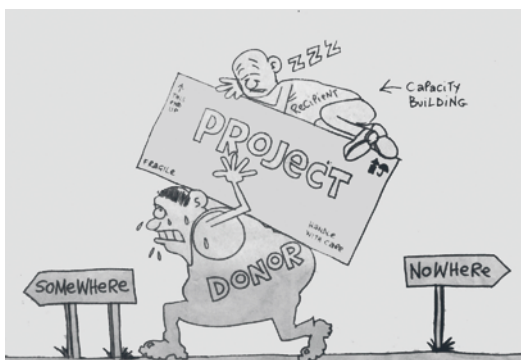
forse versterking van de zwakke gezondheidszorgstructuur in Afrika, zal dit echter niet lukken, zelfs niet als de verstrekking van HAART-medicijnen gratis zou worden.

Ontwikkelingssamenwerking en capaciteitsopbouw

Volgens het beleid van de Nederlandse overheid is doelstelling van ontwikkelings-samenwerking het tot stand brengen van een blijvende vermindering van de armoede in de minder ontwikkelde landen. Dit kan alleen bereikt worden door opbouw van eigen capaciteit in deze landen, zowel materieel als personeel. Voorwaarde voor Nederlandse steun is dat het ontvangende land een betrouwbaar en transparant bestuur heeft. De hulp zal in partnerschap met instellingen in het betreffende land worden geïmplementeerd. De thema's waarop Nederland zich concentreert bij de hulp zijn onderwijs, milieu en water, en in de gezondheidssector hiv/aids en reproductieve gezondheid (Van Ardenne, 2003).

Capaciteitsopbouw in de gezondheidszorg wordt nagestreefd op de gebieden zorgverlening, onderwijs en training, alsook research. Met directe zorgverlening als een hoofdtaak zijn honderden Nederlandse tropenartsen jaren werkzaam geweest in de tropen, eerst in Nederlands-Indië, daarna in Nieuw-Guinea en vanaf de jaren zestig met name in tropisch Afrika (vooral Oost- en West-Afrika). Naast patiëntenzorg waren verbetering van de volksgezondheid door preventieve en gezondheidsbevorderende activiteiten en training van lokaal kader belangrijke taken. Geleidelijk kon op de

meeste plaatsen het bestuur van de instellingen overgedragen worden aan inmiddels opgeleide eigen gekwalificeerde krachten. Momenteel is de klassieke Nederlandse tropenarts van de jaren zestig inderdaad 'Een bedreigde soort'. Het eerder door mij geplaatste vraagteken achter deze kwalificatie heb ik nu weggelaten; er is sprake van meer dan een trend. In Tanzania is de laatste dertig jaren het aantal in eigen land



Uit: The Guardian, Dar es Salaam, Tanzania, 7 oktober 2003

opgeleide artsen gestegen van 50 naar 350 per jaar. De behoefte aan Nederlandse personele assistentie is een andere geworden: niet meer directe patiëntenzorg, maar steun bij de opleiding van eigen medisch kader en versterking van management en researchcapaciteit. De vorm van de inzet is ook aan het veranderen: meer via korte bezoeken van deskundigen dan via inzet van langverblijvers ('expats'). Het makkelijkere en snellere internationale vliegverkeer en de wens van de partner van de deskundige in kwestie om te blijven werken in het eigen vak zijn enkele factoren die hieraan bijdragen.

Wetenschappelijk onderzoek

Ook aan wetenschappelijk onderzoek in de tropen hebben Nederlandse artsen belangrijke bijdragen geleverd. Naast – onverkort - het criterium van wetenschappelijke validiteit en ethische toelaatbaarheid, geldt voor research in ontwikkelingslanden dat deze moet bijdragen aan de ontwikkeling van het land. De juiste aanpak is ook hier uitvoering ervan met participatie van instellingen en personen uit die landen, zodat eigen capaciteit wordt opgebouwd. Om dit te bereiken is een relatie van vele jaren vereist. Een goed voorbeeld hiervan is het Tanzania-Netherlands Research project on aids (TANERA), dat vanuit de Nijmegen-Dar es Salaam samenwerkingsrelatie in 1986 werd opgezet en nu nog loopt in het vervolgproject TANESA, nu onder een Tanzaniaanse projectmanager.

Het UMC St Radboud en de Katholieke Universiteit Nijmegen hebben vanaf de jaren zestig ruim baan gegeven aan universitaire ontwikkelingssamenwerking. Ik beperk mij tot projecten in de gezondheidszorg. Naast diverse niet geïnstitutionaliseerde activiteiten in Indonesië en Tanzania, alsook het malariaonderzoek in West-Afrika en Kenia, werd vanaf 1977 een reeks van formele samenwerkingsverbanden getekend en in uitvoering genomen. De meeste universiteiten waarmee werd samengewerkt, waren in Tanzania en Indonesië, waarvoor in het UMC brede steun en participatie van vele afdelingen voorhanden was. Met de Universiteit Diponegoro in Semarang en later met die van Jakarta en Bandung in Indonesië ontstond een wederzijds vruchtbare samenwerking van vele jaren en deze gaat ook nu nog door. De opzet om Nederlandse onderzoekers met een of meer Indonesische samen aan een onderzoek te laten werken leverde een serie proefschriften op en de gepromoveerden geven nu leiding aan onderzoek daarginds.

Er kwam een veelheid van initiatieven op het gebied van wetenschappelijk onderzoek in de tropen tot stand. Ik noem hiervan slechts enkele voorbeelden. Door het UMC St Radboud (afdeling medische parasitologie) werd en wordt malariaonderzoek gedaan in West-Afrika, Tanzania en Kenia. Ook de Wageningen Universiteit is op dit terrein actief, alsook de afdeling tropische geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) in Amsterdam (Vietnam en Thailand). Het aids onderzoek werd voortgezet in Tanzania (TANESA-project) en Ethiopië (ENARP) door het AMC, KIT en de GGD van Amsterdam. Met Ghana werd een veeljarig ontwikkelingsproject opgezet geleid door de Vrije Universiteit in Amsterdam en het KIT. Nijmegen gaf een vervolg aan het onderzoek in Indonesië. Met KNAW-subsidie werd een breed Nederlands researchplatform gecreëerd voor onderzoek op de gebieden buiktyfus, dengue, tuberculose en rationeel gebruik van antibiotica, met ook hierin weer de inzet van promovendi uit beide landen die rond een thema samenwerken, gezamenlijk publiceren en promoveren. Nijmegen heeft in vele researchprojecten in de tropen het initiatief genomen, waarbij dankbaar gebruik werd gemaakt van jarenlang goede samenwerkingsrelaties (ook tussen individuen aan beide kanten), vooral in Indonesië en Tanzania, maar ook in Nicaragua en Bolivia. Aansluitend op het WHO initiatief om te concentreren op malaria, aids en tuberculose als belangrijke oorzaken van sterfte en achterblijvende ontwikkeling in de derde wereld, werd in Amsterdam het Centre for Poverty Related Communicable Diseases opgericht. Geleid door Nijmegen kwam een samenwerkingsverband tot stand met de universiteiten van Leiden, Wageningen, Maastricht en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Met steun van WOTRO (Wetenschappelijk Onderzoek voor de Tropen, een tak van NWO, Nederlands Wetenschappelijk Onderzoek) ontstond PRIOR: het Poverty Related Infection Oriented Research programma. Bovendien stelde de Europese Unie 200 miljoen euro beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek (met name 'clinical trials') in ontwikkelingslanden (EDCTP) en onze minister voor Ontwikkelingssamenwerking deed daar nog eens 20 miljoen euro bovenop ten behoeve van het Netherlands-African partnership for capacity development and clinical interventions against poverty related diseases (NACCAP). Dit alles voor de bestrijding van de genoemde drie armoedeziekten in Afrika. PRIOR is met twee centra in de tropen een langdurige relatie aangegaan, bedoeld om de lokale capaciteit op te bouwen via gemeenschappelijk onderzoek (ook hier met promovendi

van beide kanten in elk project). Ook verbetering van infrastructuur, onderwijs en patiëntenzorg krijgen aandacht. De twee centra waarvoor gekozen is zijn de Universiteit van Bandung met het Eijkman-instituut in Indonesië, en het Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC), verbonden met de Tumbaini Universiteit in Moshi, Tanzania.

Er zijn dus vele activiteiten gericht op capaciteitsopbouw in ontwikkelingslanden. Mogen we daar nog eens kritisch over nadenken? Is het altijd zo mooi als het klinkt? Is er bij de opzet en uitvoering echt sprake van participatie, of is het initiatief toch sterk bepaald door de noordelijke partner? Zit de noordelijke partner wel samen met de zuidelijke partner aan het stuur als belangrijke beslissingen moeten worden genomen? Anderzijds: is de partner in het zuiden echt gemotiveerd en blijkt dat uit de vereiste inzet? Of zwoegt de noordelijke partner voort en laat de collega uit het ontwikkelingsland zich alleen maar meenemen? Capaciteitsopbouw kan dan wel de doelstelling van de noordelijke partner zijn, maar voor de collega uit het zuiden is het project ook een aanvulling op het magere lokale salaris. Voor sommige instellingen en personen in de samenwerking zijn ontwikkelingsprojecten niet veel meer dan een overlevingsstrategie. Een ander probleem is dat ook wel eens de lokale absorptiecapaciteit in ontwikkelingslanden voor de geboden hulp onvoldoende is.

Tumbaini University en Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC)

Mag ik u tenslotte nog een beeld geven van mijn huidige werkomgeving in Tanzania en de Nijmeegse inzet aldaar? Kilimanjaro Christian Medical Centre is het referentie- en opleidingsziekenhuis voor het noorden van Tanzania waar zo'n 13 tot 15 miljoen mensen wonen. Het heeft 450 bedden (maar soms meer dan 500 patiënten) en er werken ruim 200 artsen en specialisten (inclusief 45 arts-assistenten in opleiding tot specialist). Van hen hebben er 92 ook een academische aanstelling aan de Tumbaini universiteit. In het ziekenhuis heeft de samenwerking met het UMC St Radboud zich geconcentreerd op stafopbouw en verbetering van enkele sectoren van de patiëntenzorg, zoals de endoscopieafdeling (die is nu een van de beste in de verre omtrek), de zorg voor patiënten met hiv-infectie en aids, terwijl meer recent een plan is gemaakt om de orthopedische zorg op een hoger niveau te brengen.

KCMC heeft in Tanzania een grote naam en lange traditie op het gebied van nascholing. Vorige maand werd daar het 63e postgraduate seminar gehouden. Dit seminar,



Graduation ceremony,
KCM College, Tanzania,
8 november 2003

waaraan ruim tweehonderd personen deelnamen uit heel het land, wordt tweemaal per jaar gehouden sinds meer dan dertig jaar. Met steun van Memisa, nu Cordaid, werd in 1998 gestart met nascholing van gezondheidskader op districts niveau in de Kilimanjaro-regio, gericht op verbeteren van kwaliteit van zorg. Door een benadering waarbij eerst trainers worden getraind, die daarna in hun eigen omgeving weer andere gezondheidswerkers trainen, is de uitstraling hiervan aanzienlijk. Sinds 1997 is bij KCMC het Kilimanjaro Christian Medical College (KCM College) opgericht, met als doel academisch kader op te leiden voor het land. Dit betreft: artsen (vijfjarige opleiding tot medical doctor), medische specialisten (vierjarige opleiding tot master of medicine, welke mogelijk is in tien verschillende specialiteiten), specialisten op gezondheidszorg gebied (eenjarige opleiding tot master of public health), leidinggevende verpleegkundigen (driejarige opleiding tot bachelor of nursing) en sinds kort bestaat ook de mogelijkheid aan de Tumaini universiteit te promoveren (drie- tot vierjarig PhD-programma). Ook bestaat er in samenwerking met preklinische afdelingen van het UMC St Radboud een zeer succesvol programma voor opleiding van KCMC-stafleden voor de basale wetenschappen (anatomie, klinische farmacologie, biochemie en naar verwachting spoedig ook epidemiologie). Dit 'sandwichprogramma' voorziet in een grote behoefte in KCMC. Daarnaast worden in KCMC vele paramedici opgeleid, zoals röntgenlaboranten, laboratoriumtechnici, fysiotherapeuten, staf voor het medisch archief, orthopedische technici, en zo verder. KCM College leidt vooral op om de behoefte aan deskundigen in de gezondheidszorg in Tanzania te helpen vervullen, maar ook voor andere landen in Afrika. Bovendien worden uit de opgeleiden toekomstige stafleden geselecteerd die, veelal na verdere training (bijvoorbeeld promotieonderzoek) de toekomstige leidinggevende stafleden

van KCMC en KCM College zullen worden. De Katholieke Universiteit Nijmegen en het UMC St Radboud staan in KCMC bekend als een van de meest betrouwbare en productieve partners, met name door de effectieve bijdrage aan staf opbouw. Het is mij een eer hieraan een bescheiden bijdrage te mogen leveren.

Besluit

Is er nog hoop voor Afrika? Vanuit bovenomschreven perspectief, is op deze eerder gestelde vraag mijn antwoord: ja, maar je moet er wel in blijven geloven!

Aan het eind van deze voordracht wil ik graag u bedanken, hooggeleerde Blom, Rector Magnificus van de Katholieke Universiteit Nijmegen, en in u ook uw voorgangers, voor de vooraanstaande plaats die ontwikkelingssamenwerking aan deze universiteit al tientallen jaren heeft.

Aan u voorzitter van de raad van bestuur van het UMC St Radboud, hooggeleerde Van Herwaarden, leden van de raad van bestuur en voormalige leden, met name de hooggeleerde Gribnau, wil ik hulde brengen voor een ruim beleid en een open hart gericht op de noden van de mens in de derde wereld.

Collega's in het UMC St Radboud, zowel in de afdelingen algemeen interne geneeskunde, met name de hooggeleerde Van der Meer, als in vele andere afdelingen - zonder uw gevoel voor verantwoordelijkheid voor mensen in minder bevoordeelde omstandigheden dan wijzelf, is het succesvolle ontwikkelingsbeleid van het UMC niet mogelijk. Ik ben steeds weer onder de indruk van uw inzet en begrip als ik voor collega's in de tropen en met ons samenwerkende instellingen in het Zuiden uw steun en tijd vraag. Zeer velen, van Tanzania tot Indonesië en van Bolivia en Nicaragua tot Vietnam zijn u daar zeer dankbaar voor.

Collega's van het Nijmegen Institute for International Health (NIIH), ik heb het gevoel u verweesd achtergelaten te hebben toen ik eind 2001 naar Tanzania ging. Ik hoop dat het spoedig zal lukken om de verankering van NIIH duidelijk te krijgen.

Deze leerstoel Internationale Gezondheid zie ik als een bevestiging van de toewijding van de Nijmeegse - Radboud - Universiteit en het kenniscentrum UMC St Radboud aan de zaak van de ontwikkelingslanden.

Tenslotte: Mechy zonder jou kan ik niet. Het is mij vreemd te moede hier alleen staan.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Attaran A, et al. 'WHO, the Global Fund, and malpractice in malaria treatment' *The Lancet* 2004; 363: 237-40
- Aylward RB, Acharya A, England S, Agocs M, Linkins J. 'Global health goals: lessons from the worldwide effort to eradicate poliomyelitis' *The Lancet* 2003; 362: 909-14.
- Black RE and Morris SS. 'Where and why are 10 million children dying every year?' *The Lancet* 2003;361:2226-34
- Elzinga G, Raviglione MC, Maher D. 'Scale up: meeting targets in global tuberculosis control' *The Lancet* 2004; 363: 814-19.
- Frieden TR, Sterling TR, Munsiff SS, Watt CJ, Dye C. 'Tuberculosis. Seminar' *The Lancet* 2003; 362: 887-99
- Lee JW. 'Global health improvement and WHO: shaping the future' *The Lancet* 2003; 362: 2083-88
- Manongi RN, Rønn AM, Dolmans W, Bygbjerg IC. 'Treatment paths among caretakers of underfives admitted with malaria at regional and district hospitals in Kilimanjaro region' 2004 (Submitted for publication)
- Rongo LMB. *Occupational and Environmental Health Hazards in small-scale industries in Dar es Salaam, Tanzania*. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, oktober 2003.
- Van Ardenne A. *Aan elkaar verplicht. Ontwikkelingssamenwerking op weg naar 2015*. Nota Ministerie voor Ontwikkelingssamenwerking, Den Haag, 2003.
- *World Health Report 2003*, WHO, Geneva, december 2003.